



אגף משאבי אנוש

מתמחה יקר/ה,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך למוסד לביטוח לאומי.

מצ"ב אוגדן טפסים שעליך למלא. בכל שאלה הנך מוזמן/ת לפנות למנהל/ת משאבי אנוש.

הנך מתבקש/ת למלא את כל הטפסים. חתימתך תעשה בנוכחות מנהל/ת משאבי אנוש בסניף.

עד למועד תחילת עבודתך עליך לסיים הסדרת הצטרפותך לקרן פנסיה.

בין המסמכים שצירפנו עבורך מופיע ריכוז הנושאים הנוגעים לזכויותיך וחובותיך כמתמחה.

לפגישתך עם מנהל/ת משאבי אנוש עליך להצטייד בכל הטפסים והמסמכים שהתבקשת להמציא. בפגישה יוסברו לך באופן מורחב כל הנושאים הנוגעים לזכויותיך וחובותיך כמתמחה במוסד לביטוח לאומי.

אנו מאחלים לך הצלחה רבה בתפקידך.

בברכה

אלי כהן

סגן ראש מינהל

ומנהל אגף א' משאבי אנוש



תדריך ביטחון לעובד חדש

סניף _____

אגף הביטחון מברך אותך עם הצטרפותך למשפחת עובדי המוסד לביטוח לאומי.

לידיעתך

קיימת מצגת "מצבי חירום" המסבירה את כללי ההתנהגות בכל מצב חירום. המצגת ממוקמת בדף הראשי של האינטרנט הפנימי.

להלן נושאים הקשורים לביטחוןך האישי והסניפי שעל נציג אגף הביטחון בסניפך להעביר לך:

שמות אנשי הקשר מצוות הביטחון ודרך התקשורת איתם.

מיקום ממ"דים, מקלטים או אזורי מיגון.

הסבר על פעילות המוסד בזמן חירום – הסניף פועל גם בזמן חירום בכפוף למדיניות המיגון.

דרכי מילוט מהמבנה בשעת חירום (מדרגות, יציאות חירום וכד')

סקירה על מערכות טכנולוגיות בתחום הביטחון (מע' שמור, מצלמות אבטחה, כריזה ועוד).

דרכי התמודדות ודיווח על אלימות פיזית ומילולית (בעבודה ומחוץ לעבודה)

שמירה ואבטחת מידע (נעילת תיקים, מתחזים וכד')

הגדרת אזורים ממודרים

פעולות לביטחון אישי – הציוד האישי הוא באחריותך, בכל משרד קיימת מגירה הניתנת לנעילה, יש להקפיד לנעול את הציוד האישי שלך בכדי למנוע גניבה. אין להשאיר ציוד חד (מספריים או סכין) בשולחן בו מקבלים קהל או במטבחים הפתוחים.

מיקום אמצעי כיבוי אש.

מיקום ציוד עזרה ראשונה ודיפיבלרטור

ביציאה מהמשרד יש לוודא שהמזגן כבוי, החלונות סגורים, לא הושארו מכשירי חשמל בעלי גוף חימום בשקע ויש לנעול את הדלת ביציאה.

בתום ההדרכה אנא וודא כי כל הנושאים הרשומים לעיל נהירים לך.

אגף הביטחון מאחל לך עבודה בטוחה.

תאריך _____ שם הקב"ט _____

הריני להצהיר כי הנושאים האמורים לעיל הובאו לידיעתי והבנתי את תוכנם:

שם העובד _____ ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה ✕ _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



מדינת ישראל

הצהרה בדבר מידע פלילי ומשמעתי למועמד/ת למשרה בשירות המדינה

(סמן/י x בריבוע המתאים)

1. פרטים אישיים			
שם המועמד/ת		שם האב	
כתובת			
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד

2. הצהרה בדבר הרשעות קודמות	
א. הורשעתי בעבירה פלילית לרבות בית דין צבאי (למעט קצין שיפוט, עבירות תעבורה (למעט עבירה לפי סעיף 64א לפקודת תעבורה) ועבירות לפי תכנון ובנייה התשכ"ה-1965). לעניין זה עבירה פלילית: פרטי הרישום ¹ המפורטים בסעיף 2 לחוק המרשם הפלילי ותקנת השבים, התשמ"א-1981 (להלן - "חוק המרשם הפלילי) והרשעה - היא שטרם עברה לגביה תקופת המחיקה לפי סעיף 16 לחוק המרשם הפלילי (למעט כשמדובר במינוי ממשלה או מינוי לתפקיד המסווג סודי ביותר);	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, (עליך לצרף פס"ד - (הכרעת דין + גזר דין)
ב. הורשעתי בהליך משמעתי ² (למעט הרשעה שעברה לגביה תקופת המחיקה לפי סעיף 40.25 לתקשי"ר).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, (עליך לצרף פס"ד - (הכרעת דין + גזר דין)

3. הצהרה בדבר הליכים תלויים ועומדים הרשעות קודמות	
א. מתנהל נגדי הליך פלילי ³ (לידיעתך, מידע על תיקים סגורים לפי סעיפים 11א ו-21 לחוק המרשם הפלילי לא יובאו בחשבון)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> נפתחה חקירה <input type="checkbox"/> הוגש כתב אישום (עליך לצרפו)
ב. מתנהל נגדי הליך משמעתי:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> נפתחה חקירה <input type="checkbox"/> הוגש כתב אישום (עליך לצרפו)

4. הליכים לפי סעיף 31 לחוק שירות המדינה (משמעת), התשכ"ג-1963 (להלן - "חוק המשמעת")	
ננקטו נגדי אמצעים לפי סעיף 31 לחוק המשמעת (התראה או נזיפה) (למעט אמצעי משמעת לפי סעיף 31 שעברה לגביהם תקופת המחיקה כמפורט בסעיף 40.25 לתקשי"ר).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
5. הצהרה	
לפי סעיף 45 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, המשיג או המנסה להשיג משרה בשירות המדינה או לאחר, במסירת ידיעה כוזבת או בהעלמת עובדה הנוגעת לעניין, או בשימוש באיומים או בכוח באמצעים פסולים אחרים, ייענש על-פי החוק.	
אני מציע/ה בזה את מועמדותי לתפקיד, לאחר שקראתי את סעיף 45 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, המובא לעיל, הנני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים.	
תאריך	חתימה

מדף 100 (ח/ע)

1 ואלה פרטי הרישום:

- (א) הרשעות ועונשים של בתי משפט או בית דין בפלילים (להלן - "בית משפט" בשל פשעים ועוונות (להלן - "עבירות");
- (ב) קביעת בית משפט באישום בעבירה כי הנאשם/ת אינו/ה מסוגלת/ת לעמוד בדין או איננו בר/ת עונשין מחמת היותו/ה חולה/ת נפש או ליקוי בכושרו/ה השכלי;
- (ג) שינוי שנעשה בפרט רישום מכוח חנייה או מכוח סמכות אחרת על-פי דין;
- (ד) החלטת נשיא המדינה לפי סעיף 18 לחוק המרשם הפלילי;
- 2 החל בפתחת חקירת משמעת על-פי דין או החל בהגשת כתב תובענה על-פי דין.
- 3 החל בפתחת בחקירה על-פי דין או בהגשת כתב אישום למעט בעבירות אלה:
- (א) עבירת שנקבעה כהגדרתה בסעיף 1 לפקודת התעבורה (למעט עבירה לפי סעיף 64א לפקודת התעבורה);
- (ב) עבירה שנקבעה כעבירת קנס לפי כול חיקוק, שתובע לא הגיש בשלה כתב אישום;
- (ג) עבירה שנקבעה כעבירה מינהלית לפי כול חיקוק, שתובע לא הגיש בשלה כתב אישום;
- (ד) עבירות לפי חוק התכנון והבנייה, התשכ"ה-1965.



המוסד לביטוח לאומי

שלום רב,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך למוסד לביטוח לאומי. אנו בביטוח הלאומי פועלים מתוך הגינות ומחויבות לדאוג לכבוד העובדים ולרווחתכם, וליצור לכם, ולכל מי שבא במגע עמכם – ספקים או לקוחות – סביבת עבודה נעימה וטובה. הטרדה מינית בעבודה פוגעת בזכויות העובדים, בכבודם ובחירותם, ולכן נעשה כל שביכולתנו למנוע אותה. אי לכך, נתנו את הדעת ליצירת מדיניות ברורה במטרה למנוע מקרים של הטרדה מינית, ואנו מתחייבים לברר ולטפל בכל מקרה לגופו, באופן רציני, מהיר ודיסקרטי.

על פי החוק למניעת הטרדה מינית משנת 1998, קיים איסור על הטרדה מינית או כל התנכלות בעקבותיה.

הטרדה מינית היא כל התנהגות בעלת אופי מיני של אדם אחד כלפי אדם אחר אשר יש בה כדי לפגוע באחר. הטרדה מינית כוללת את כל אחד מהמעשים הבאים:

1. סחיטה באיומים לביצוע מעשה בעל אופי מיני

לדוגמה: איום לפטר או למנוע קידומה של עובדת שלא מסכימה להצעה מינית כלשהי, באופן ישיר או במרומז.

2. מעשה מגונה (מעשה שנעשה לשם גירוי, סיפוק או ביזוי מיניים)

לדוגמה: עובד או מנהל הנוגע בעובד/ת לצורך גירוי מיני או החושף את עצמו במסגרת העבודה, בלא הסכמתו/ה. המעשה לא חייב לכלול מגע ישיר.

3. הצעות חוזרות בעלות אופי מיני המופנות לאדם אשר הראה למטריד כי אינו מעוניין בהצעתו.

לדוגמה: עובד מציע לעובדת אחרת לצאת איתו לארוחת ערב לאחר שהיא כבר הראתה לו בעבר לפחות פעם אחת שהיא לא מעוניינת (אפשר להראות שלא מעוניינים במילים או בהתנהגות כגון התרחקות או התעלמות).

4. התייחסויות חוזרות המופנות לאדם, המתמקדות במיניותו, כאשר האדם שאליו מופנית ההתייחסות הראה למטריד שאינו מעוניין בהתייחסות.

לדוגמה: אמירות על איברים אינטימיים של אדם או מחמאות חוזרות שניתנות, כשהאדם הראה שהוא לא מעוניין בהן.

****בכל המקרים הללו אם ההתייחסות/ההצעה נעשית על ידי אדם בכיר יותר (בעלת יחסי מרות), וחוזרת על עצמה יותר מפעם אחת, היא תיחשב כהטרדה מינית גם אם הצד שאליו התייחסו לא הראה שאיננו מעוניין.**



המוסד לביטוח לאומי

5. התייחסות מבזה או משפילה המופנית לאדם ביחס למינו או למיניותו לרבות נטייתו המינית של אדם (במקרה זה גם תקרית חד פעמית מהווה הטרדה מינית).
לדוגמה: לכנות אדם הומו או להתבדח בישיבה עם עובדים אחרים על יחסיה המיניים של מישהי.

התנכלות היא פגיעה מכל סוג שהוא שמקורה בהטרדה מינית, או בתלונה או בתביעה, שהוגשו על הטרדה מינית
לדוגמה:

- פיטורים, מניעת קידום או הרעה בתנאים של עובד/ת שהתלוננה על הטרדה מינית.
- פגיעה בעובד/ת שסייעה לאדם אחר שהתלונן על הטרדה מינית כלפיו או עלפי צד שלישי.

החוק קובע כי ניתן לטפל בהטרדה מינית בכל אחת מ-3 דרכים (בנפרד או במקביל):

- **טיפול במקום העבודה**, ע"י פניה למעביד באמצעות הממונה לנושא (הפרטים למטה)
- **טיפול פלילי**, דרך תלונה במשטרה
- **טיפול אזרחי**, דרך תביעה אזרחית

אז מה כן מותר לעשות?

- להזמין מישהו/מישהי לצאת – ברוח טובה ובהסכמה של שני הצדדים (בתנאי שלא מדובר ביחסי מרות כמו מנהל/ת ועובד/ת).
- לתת מחמאה ברוח טובה, בלי התייחסות מינית.
- לשאול או לנסות "לקרוא" את הצד השני כדי לוודא שהוא מסכים.

הממונה על מניעת הטרדה מינית בסניף הנה _____ ניתן להשיגה בטל' _____ כמו כן, ניתן לפנות ישירות לאחראים במשרד הראשי גב' נורית יצחק בטל' 02-6463021 ומר אבי חושן בטל' 02-6709038

הנני חותם כי קראתי את הדברים, ואני מבין את עיקרי החוק למניעת הטרדה מינית, ומכיר את שמה של הממונה על הנושא בסניף ואת דרכי הפנייה אליה.

שם העובד: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

עמוד 1 מתוך 4

מלא ב-5 עותקים, סמן X במשבצת המתאימה. השטחים
הכהים מיועדים למילוי ע"י מחלקת כוח-אדם.
בכל מקום הכתוב בלשון זכר אמור גם ללשון נקבה.

המוסד לביטוח לאומי
מינהל משאבי אנוש



שאלון אישי למתמחה

1. פרטים אישיים		המשרד	סמל המשרד	היחידה
שם משפחה		שם פרטי	מספר זהות ס.ב.	שם האב
שם האם		תאריך לידה	1. שם קודם (אם שונה)	תאריך השינוי
סיבת השינוי <input type="checkbox"/> נישואין <input type="checkbox"/> שיעבור		תאריך השינוי	2. שם קודם (אם שונה)	סיבת השינוי <input type="checkbox"/> נישואין <input type="checkbox"/> שיעבור
תאריך לידה מלא שנה חודש יום		סמל	תאריך עליה לארץ	מאיוזו ארץ
נתינות לפני עליה		סמל	דת	מס' טלפון בדירת מגורים (1)
מס' זכר <input type="checkbox"/> נקבה		מס' טלפון נייד		
מען מגורים: רחוב		מס'	ישוב	מיקוד

2. פרטי משפחה

מעמד משפחתי		שם בן הזוג	תאריך לידה	מספר זהות של בן הזוג ס.ב.	מקום העבודה של בן הזוג <input type="checkbox"/> אינו עובד
<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן		1.	2.	3.	4.
שמות הילדים		5.			
תאריך לידה					
מספר זהות		ס.ב.	ס.ב.	ס.ב.	ס.ב.

3. השכלה (חובה למלא כל הפרטים ולצרף תעודות)

לימודי תעודה במוסד להשכלה גבוהה	גבוהה			תיכונות <input type="checkbox"/> עיונית <input type="checkbox"/> מקצועית	יסודית	פרטים
	תואר שלישי	תואר שני	תואר ראשון			
						שם בית הספר
						מקום בית הספר
						המקצוע העיקרי / המגמה
						מספר שנות הלימוד
						תאריך גמר הלימודים
						התואר או התעודה

4. השתלמויות מקצועיות

סוג	תעודה		מועדה		שעות לימוד	משך ההשתלמות	מקום ההשתלמות	המוסד המארגן	שם ההשתלמות
	יש	אין	עד	מ-					

6. שירות בצה"ל ושירות לאומי (2)

5. ידיעת שפות = שליטה מלאה = ✓ = שליטה חלקית

שירות	מיום	עד יום	דרגה סופית	מס' אישי
סדיר / לאומי				
קבע				
ציין אם קיבלת מענק שחרור משירות קבע <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> לא שירתתי בצה"ל				

השפה עברית	קריאה	כתיבה	דיבור

המעביד	כתובת המעביד	סוג העבודה והתפקיד	סיבת הפסקת העבודה

אם המקום אינו מספיק צרף נא דף נוסף.

סעיפים 8 ואילך ימולאו על ידך ויחתמו

8. הצהרה על שמירת ידיעות

א. כללי

1. חוק העונשין, תשל"ז-1977, קובע הוראות בדבר החובות הקשורות בבטחון המדינה ובשמירת ידיעות המגיעות לידיעתו של האזרח בכלל ושל עובד המדינה בפרט.

2. לסעיף 117 לחוק, משמעות מיוחדת לגבי עובדי הציבור, ועובדי המדינה בכללם, מאחר והוא קובע הוראות בדבר מסירת ידיעות רשמיות שהגיעו לעובד בתוקף תפקידו. התרשלות בשמירתן ובהחזקתן, והוא מטיל עונשים חמורים על העוברים על הוראות אלו.

3. סעיף 117 (א) לחוק קובע:

"עובד הציבור שמסר, ללא סמכות כדין, ידיעה שהגיעה אליו בתוקף תפקידו, לאדם שלא היה מוסמך לקבלה, וכן מי שהגיעה אליו ידיעה בתוקף תפקידו כעובד הציבור, ולאחר שחל מהיות עובד הציבור מסרה, ללא סמכות כדין, לאדם שלא היה מוסמך לקבלה, דינו - מאסר שלוש שנים".

ב. "ידיעה"

4. "ידיעה מוגדר בסעיף 91 לחוק ככולל:

"ידיעה שאינה נכונה, וכל תיאור, תכנית, סיסמה, סמל, נוסחה, חפץ או חלק מהם המכילים ידיעה או העשויים לשמש מקור לידיעה".

איסור מסירת "ידיעה" שהגיעה לעובד בתוקף תפקידו, אינו חל איפוא על ידיעה סודית דוקא, ואפילו לא רק על ידיעה חשובה. האיסור חל על מסירת כל ידיעה שהעובד קיבלה בתוקף תפקידו, מאיזה סוג שהוא כמוגדר לעיל.

ג. סמכות למסירת ידיעה

5. עובד רשאי למסור ידיעה שהגיעה אליו בתוקף תפקידו רק אם הוסמך כדין למסור אותה, ובתנאי נוסף שהוא מוסר אותה לאדם המוסמך לקבלה. הוראה זו חלה על עובד גם לאחר פרישתו משירות המדינה.

שמירה על סודיות

סמכות למסור ידיעה יכולה להינתן במפורש או מכללא. הסמיכה הממשלה - או שר בשמה - במפורש עובד למסור ידיעה מסוימת או ידיעות מסוג מסוים, הרי אין עבירה בעצם מסירת הידיעה. כמו כן, גוררת על פי רוב עצם הטלת תפקיד על עובד גם סמכות למסור ידיעות, כגון סמכותם של דובר המשרד או עובד המקבל ידיעות שהגיעו אליו בתוקף תפקידו, ושמתבצע העניינים עליו למסרם לעובדים אחרים או לציבור. במסגרת זו מותרת גם מסירת ידיעה על הוראה חדשה על ידי העובד אשר קבע אותה. כן מוסמך ממונה על עובדים אחרים למסור ידיעות לפקודיו והפקודים מוסמכים למסור ידיעות לממונה עליהם. כל סמכות למסור ידיעות כנ"ל קיימת מכללא אלא אם כן נשללה במפורש.

ד. סמכות לקבל ידיעה

6. עובד שיש לו "סמכות כדין" למסור ידיעה, אינו רשאי למסרה לכל אדם. החוק מתיר למסור ידיעה רק לאדם המוסמך לקבלה. כאן יש להבדיל בין מסירת ידיעות בפנים ובין מסירתן החוצה. עובד מוסמך לקבל כל ידיעה הדרושה לצרכי עבודתו ולמילוי תפקידו. אין למסור ידיעה לעובד אחר, בין באותו משרד ובין במשרד אחר אם אין אותו עובד מוסמך או חייב לקבל את הידיעה לצרכי עבודתו ולמילוי תפקידו.

7. מחוץ לשירות המדינה קטן מספר האנשים המוסמכים לקבל ידיעות. ישנן כמוכן ידיעות שמתבצע ברייתן נוצרו כדי שתימסרנה לציבור, כגון כל ידיעה הקשורה במתן שירות כללי לציבור הרחב. כמו כן ישנן ידיעות שאדם מסוים או סוג בני אדם זכאים לקבלן, אולם אז מספר האנשים המוסמכים לקבלן מוגדר ומוגבל, והוא נקבע בדרך כלל בהוראות.

8. מכל הנאמר לעיל מסתבר כי הסמכות למסור ידיעה שונה ממקרה למקרה, ועובד אשר עומד בפני הצורך למסור ידיעה, חייב לשקול בהירות רבה אם אמנם הוא מוסמך למסור את הידיעה, ואם האיש לו הוא עומד למסור אותה

אמנם מוסמך לקבלה, ומשנה זהירות דרושה כאשר מדובר במסירת ידיעה מחוץ לשירות המדינה.

בהזדמנות זו יש להדגיש כי עיתונאי, בתוקף היותו עיתונאי, אינו מוסמך לקבל ידיעות יותר מאשר הציבור הרחב זכאי לקבלן. לצורך מסירת ידיעות לעיתונאים הוסמכו לכך בכל משרד, עובדים על ידי השר.

ה. שמירת ידיעה

9. סעיף 117 (ב) לחוק קובע:

"עובד הציבור שהתרשל בשמירת ידיעה שהגיעה אליו בתוקף תפקידו, או שעשה מעשה שיש בו כדי לסכן בטחונה של ידיעה כאמור, דינו - מאסר שנה אחת".

גם בסעיף זה אין המדובר בידיעה סודית או בידיעה חשובה בלבד, כי אם בכל ידיעה שהגיעה לעובד בתוקף תפקידו, על כן, אין להשאיר תיקים ומסמכים במקום גלוי או במקום בלתי מובטח, ואף אין להשאירם על השולחן במשרד עם סיום יום העבודה ללא נעילת הדלת או מבלי להכניסם למגירה סגורה.

סעיף 117 (ג) לחוק קובע:

10. **"הגיעה לאדם ידיעה בתוקף תפקידו כעובד הציבור, והוא החזיקה, ללא סמכות כדין, בניגוד להוראות שניתנו לו בדבר החזקתה, או לאחר שחל מהיות עובד הציבור, דינו - מאסר שנה אחת".**

כל עובד חייב לשמור על תיקים ומסמכים ולהקפיד על מילוי הוראות המשרד בנושא. החזקת תיקים, מסמכים או ידיעות בניגוד להוראות אלה היא עבירה שצריך לתת עליה את הדין לפי סעיף זה. כמו כן עובד שפרש מן השירות השומר בביתו תיק מתיקי המשרד או מסמך אחר השייך למשרד, עובר עבירה חמורה על החוק.

אני מצהיר כי קראתי את ההוראות בדבר שמירה על סודיות כמפורט לעיל, וכי נהירות לי חובותי מכוח הסעיף 117 של חוק העונשין, תשל"ז - 1977.

עמוד 3 מתוך 4

ימולא במח' כוח-אדם (מקומות העבודה בשירות המדינה יוכרו רק לאחר הצגת מסמכים מאמתים).

אישורים	קוד קרן גמלה	קוד זכויות לגמלה	משרד / אגף	סוג העסקה	קוד מקום עבודה	סמן X		קוד חלקיות	עד			החל מ-		
						בשירות	מחוץ לשירות		יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה

חתום בסעיף 15 מעבר לדיף.

9. קביעת זכאים לתשלום במקרה פטירה

בהתאם לסעיף 7 לחוק הגנת השכר, תשי"ט - 1958, רשאי עובד לקבוע כי התשלומים המגיעים לו ישולמו לכל מי שהוא בוחר. במסגרת זו רשאי העובד, אם רצונו בכך, לקבוע כזכאי מוסד או כל גוף אחר.

אם לא תורה למי ישולמו התשלומים - ישולמו אותם תשלומים לבן-זוגך, ובאין בן-זוג, ליורשים החוקיים.

אני, הח"מ, מבקש כי משכורתתי ותשלומים אחרים (לרבות תמורת ימי חופשה) אשר יגיעו לי ביום פטירתי עקב / או בעת שירותי, ישולמו בכפיפות להוראות 84.1 בתקשייר, לאדם, מוסד או כל גוף אחר, ששמו נקוב להלן (או לרשומים בלוח שלהלן) בחלקים המצויינים מול שמותיהם:

שם משפחה	שם פרטי	סוג קרבה	ס.ב.	מספר זהות	כתובת	החלק	
						במלים	בספרות
					סה"כ חלקים	מאה אחוז	100%

חתימת העובד _____

תאריך _____

עמוד 4 מתוך 4

11. קרובי משפחה המועסקים בשירות המדינה

השם	יחס הקרבה	היחידה

10. פרטי בנק (לצורך העברת המשכורת) (5)

שם הבנק	
כתובת הסניף	
מספר / סמל	מס' החשבון

12. קצובת נסיעה

<input type="checkbox"/> אני מבקש לקבל קצובת נסיעה לפי קווי נסיעה כמפורט להלן:	מס' הקו	קוד נסיעה	מתחנה	לתחנה	מס' התחנות	מחיר בכיוון אחד
	מס' הקו	קוד נסיעה	מתחנה	לתחנה	מס' התחנות	מחיר בכיוון אחד

13. חברות בקופת חולים

שם הקופה

14. הצהרה

אני מצהיר בזה שהפרטים שמסרתי בשאלון הם מלאים ונכונים.

תאריך _____ חתימת העובד _____

15. אישור הבודק ביחידה המינהלית

א. בדקתי את כל הפרטים הרשומים בשאלון ואימתי אותם על-פי מסמכים מהימנים.

ב. המועמד / העובד זיהה את עצמו על-ידי תעודת זהות וחתם בנוכחותי על השאלון והצהרות בחלקים: 8, 9, 10.

ג. העובד התחיל לעבוד בתאריך _____ ביחידה _____ במעמד _____

שם הבודק: _____ תפקיד _____

תאריך _____ חתימה _____

16. לטיפול המחלקה לכוח אדם ולביצוע ע"י החשבות

הפרטים בשאלון ישמשו את צרכי החשבות לקליטת העובד במערך המשכורת. המספרים ב- () המצויינים ליד הרשומים המתאימים.

זכאות ל:	בתקשי"ר
(1) טלפון - מספר שיחות לפי דרגה _____ בדירוג _____	25.62
(2) שירות בצה"ל / שירות לאומי - תוספת ותק במשכורת בהתאם ל- _____	24.431
(3) קצובת הבראה - מספר ימים בשנה _____	28.24
(4) קצובת ביגוד - לפי דרגת השיא בתקן _____	28.425

(5) פרטי בנק לצורך העברת המשכורת - ראה סעיף 11 לעיל.

(6) קצובת נסיעה - אושר לפי (13).

לשימוש משרדי



המוסד לביטוח לאומי
מינהל משאבי אנוש
אגף משאבי אנוש

שאלון לעובד
השלמת פרטים

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים		סוג המסמך		דפים		סוג המסמך	

פרטי העובד

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר עובד בסאפ	מספר ת.ז.	סניף/מינהל
שם משפחה באנגלית		שם פרטי - באנגלית		נכה צהל: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, % _____
טלפון		דואר אלקטרוני		
<input type="checkbox"/> מאשר לפרסם בספר הטלפונים המוסדי				

השלמת פרטים

1. האם אתה קרוב משפחה של נפגע איבה או חלל מערכות ישראל?

- אני, * קרוב משפחה של חלל מערכות ישראל או של "נפגע" שנפטר עקב "פגיעת איבה" - כאמור בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל - 1970
- איני קרוב משפחה של חלל מערכות ישראל

* קרבת משפחה לעניין זה: - נא סמן את סוג הקרבה
 הורים הורי הורים (סבא/סבתא) בן/בת זוג ילדים אחים ואחיות

2. האם אתה משמש כ- משפחת אומנה אפוסטרופוס? לא כן, פרט את שמות הילדים נא לצרף מסמך רשמי מתאים

שם הילד	ת.ז.
שם הילד	ת.ז.
שם הילד	ת.ז.

3. פרטי איש קשר להעברת הודעות דחופות

שם משפחה	שם פרטי	סוג הקרבה	מספר ת.ז.
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	מיקוד

חתימת העובד * _____ תאריך _____

2

אישור משאבי אנוש

אני הח"מ מאשר/ת כי העובד _____, חתם על ההצהרה דלעיל לאחר שקרא אותה והסברתי לו את תוכנה.

שם _____ תפקיד _____ חתימה * _____ תאריך _____



כרטיס עובד (1)

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד (1)

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המונה אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת (1) העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. {ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית	מספר טלפון	מספר	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	רווק/ה	נישוי/אה	תושב ישראל
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמך/י √ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתן בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל	2	1	שם	מספר זהות	תאריך לידה
ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה	אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)				
	<input type="checkbox"/> משכורת חודש (2) <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3) <input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4) <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5) <input type="checkbox"/> קצבה (6) <input type="checkbox"/> מלגה (1)				
ה. פרטים על הכנסות אחרות	אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)				
	<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן: <input type="checkbox"/> משכורת חודש (2) <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3) <input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4) <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5) <input type="checkbox"/> קצבה (6) <input type="checkbox"/> מלגה (1) <input type="checkbox"/> ממקור אחר אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י: <input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת (7) <input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו (8) <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9) <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)				

ו. פרטים על לבן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פ ר ט י ה ש נ ו י	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזכה⁽¹³⁾ מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני עולה חדשה/ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ .
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ .
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדשה - תעודת עולה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיעה/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוורת/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס
 מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים

8 בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפקסה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס

9 אני הורה יחיד⁽¹²⁾ לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

12 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

13 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ .
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמ'י / √ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:
ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ש כ ו ר ת (1)

שם	כתובת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)		המס שנוכה (לפי הלושים)
			הכנסה חודשית	המס שנוכה	
		9			
		9			
		9			

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- יישוב מזכה - יישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות	
	דפים המסמך
סוג	

הצהרה בדבר הגנת הפרטיות

1

פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר עובד בסאפ	מספר זהות ב"ס
סניף /מחלקה			

2

הצהרה

אני מתחייב בזה שלא לגלות כל מידע שיגיע אלי בתוקף תפקידי במוסד לביטוח לאומי אלא לצורך ביצוע עבודתי.

אני מצהיר שהשימוש היחיד שאעשה במערכת המידע של המוסד לביטוח לאומי הוא לצורך עבודתי בלבד.

אני מתחייב שלא לפגוע בפרטיות הזולת על ידי שימוש בידיעה על עיניניו הפרטיים של אדם או מסירתם לאחר שלא למטרה שלשמה נמסרה ושלא להפר חובת סודיות שנקבעה בדין לגבי עיניניו הפרטיים של אדם.

אני מתחייב כי במשך כל תקופת עבודתי במוסד ולאחר מכן, ללא הגבלת זמן, לא אגלה לשום אדם ולשום גוף כל מידע שהגיע אלי בתוקף תפקידי במוסד, אלא עפ"י דין - אם אדרש לעשות זאת או בצו בית משפט.

אני מתחייב כי עם הפסקת עבודתי במוסד אחזיר לרשותו ללא דיחוי כל מידע או חפץ שקיבלתי מהמוסד, השייך לו ולא לשמור אצלי עותק כל שהוא של מידע שהגיע אלי בתוקף עבודתי.

אני מתחייב לנקוט אמצעי זהירות קפדניים ולעשות את כל הדרוש מבחינה בטיחותית, אבטחתית, ביטחונית, נוהלית או אחרת כדי לקיים התחייבויותי על פי התחייבות זו.

אני מתחייב לשמור על סודיות הסיסמה שנמסרה לי ולא להעבירה לאחר.

ידוע לי כי הפרה של התחייבויותי אלה הן עבירה פלילית שדינה מאסר.

תאריך _____ חתימה * _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל משאבי אנוש

**בדיקת התאמה רפואית למועמד
לתפקיד מוצע בשירות המדינה**

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p> </div> </div>

סודי – לשימוש והחזקה בלעדיים של רופאי שירות המדינה.
הטפסים ישלחו ללשכת הבריאות המחוזית במעטפה סגורה ומסומנת "סודי".

1

פרטי המשרד והמשרה – (חלקים 1,2,3 - למילוי ע"י המעביד)

שם המשרד	שם היחידה	כתובת היחידה	שם איש הקשר במשרד וכתובתו
שם התפקיד	החלקיות משרה	המסלול הפנסיוני המוצע לעובד <input type="checkbox"/> פנסיה צוברת <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____	

2

פרטי המועמד

שם משפחה	שם פרטי	מספר עובד בסאפ	מספר זהות ס"ב
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	ארץ לידה	תאריך עלייה	שם האב
תאריך תחילת עבודה		תאריך לידה	
שנה חודש יום		שנה חודש יום	

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס			
שנה חודש יום		שנה חודש יום		שנה חודש יום	

3

הצהרת המועד

אני מתחייב בזה למסור לרופא שירות המדינה, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים בעבר ובהווה. ברור לי כי מסירת ידיעות בלתי נכונות או העלמת מחלות קודמות וליקויי בריאות משחררים את מדינת ישראל מאחריות כלשהי כלפי וכלפי שאירי, ובעקבותיהן אני עלול להיות צפוי למאסר או לקנס וכן להפסקת עבודתי, ללא פיצויים או הטבות פרישה אחרות. אני מסכים באופן בלתי חוזר שכל אדם או מוסד אשר מצוי בידו מידע ביחס למצבי הרפואי במועד החתימה על כתב ויתור זה, או בתקופה שקדמה לו, ימסור מידע זה - בין בכתב ובין בכל דרך אחרת - לרופא שירות המדינה או לוועדה הרפואית המוסמכים על-פי חוק לבדוק את הכושר הרפואי שלי, לצורך קבלתי או מינויי לשירות, או לצורך ביצועו של חוק שירות המדינה (גמלאות) (נוסח משולב), התש"ל-1970.

ידוע לי, כי לא ייעשה שימוש בויתור שניתן על-ידי כאמור אלא בידי אדם שחלה עליו על-פי חוק, חובת השמירה על סודיות המידע הרפואי.

בתנאי שהמדינה ועובדיה יהיו רשאים להשתמש במידע האמור לצרכיה ביחסי עובד ומעביד בלבד, ובכפוף לאמור לעיל, ובתנאי שהם יהיו מנועים מלהעבירו או מלגלותו לכל גורם זר - הנני משחרר את מדינת ישראל ועובדיה מחובת הסודיות בדבר מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים, בעבר ובהווה וכל עוד אני משרת בשירות המדינה, וכן לאחר פרישתי משירות זה - אם אפנה למשרדי הממשלה בענייני מצבי הרפואי.

אני מצהיר שידוע לי כי אם אפסל לתפקיד המיועד מטעמים רפואיים תופסק עבודתי ללא צורך בהודעה מוקדמת.

חתימת המועמד ✕ _____ תאריך _____

האחראי או מי שהוסמך על ידו מצהיר כי הסביר למועמד את זכויותיו וחובותיו בנושא הבדיקות הרפואיות וכי המועמד חתם בפניו על טופס זה.

תאריך _____ שם החותם _____ תפקיד _____ חתימה ✕ _____

מיקום העבודה

משרד מעבדה כיתת לימוד סדנה אחר _____

דרישות גופניות ואופי עבודה מיוחד

- עבודה משרדית בישיבה עבודה משרדית בעמידה
 עבודה הדורשת הרמה או סחיבת משא*
 עבודה הדורשת הפעלת מכונות תעשייתיות
 נהיגה מתן הרצאות
 עבודה במשמרות עבודה המחייבת שעות נוספות מרובות
 עבודה עם ניידות גבוהה (ממוכן או רגלי) עבודה הכוללת קבלת קהל
 עבודה הכוללת טיפול במוגבלים או חולים
 אחר , פרט _____

מאפייני סביבת העבודה

- רעש* אבק או עשן חומרים כימיים* חומרים ביולוגים*
 עבודה בגבהים* עבודה במקום סגור ומוגבל*

* סימון X במקום זה, מחייב פירוט נוסף:

שם ממלא הטופס – נציג המשרד _____ תואר המשרה _____

תאריך _____ חתימה X _____

שאלון רפואי (למילוי ע"י המועמד לתפקיד)

בגמר מילוי השאלון יש לצרף אליו "סיכום מידע רפואי" מהרופא המטפל ובדיקות עזר (אם נדרשות), להכניס את החומר למעטפה המצורפת. להדביק את לשונית המעטפה ולהעבירה למשרד השולח.

פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	משרד

בשאלות הבאות, יש לסמן תשובה כחיובית, במידה והמצב היה קיים בעבר או עדיין נמשך

שאלות	לא	כן	במידה והתשובה חיובית, נא לפרט תאריכים ותיאור הפרעות, הליקויים והמחלות
בעיות נשימה או ריאות - כולל שחפת, אסטמה וברונכיטיס			
שיתוק ילדים			
דלקת זיהומית בכבד, צהבת, מחלת כבד אחרת			
סרטן, גידולים שפירים, ציסטות			
סכרת			
אנמיה, לויקמיה, הפרעות אחרות בדם			
מחלת נפש			
הפרעה במערכת עצבים			
פירכוסים, איבודי הכרה			
כאבי ראש חזקים או מיגרנה			
בעיות לב - כולל מחלות כלי דם ומסתמי הלב			
כאבי גב תכופים או חבלה בגב			
כל בעיה בעצמות, פרקים - כולל דלקת, נקע, שברים, קטיעות			
כל בעיה בירכיים, ברכיים, קרסוליים, רגליים			
כל בעיה בידיים, מרפקים, כתפיים			
חבלה בראש			
התעלפויות, סחרחורת			
פריחות בעור כתוצאה מעבודה			
אלרגיות			
רגישות לעשן או אבק			
לחץ דם גבוה או נמוך			
דליות ברגליים			
כיב קיבה, כיב תריסרון, בעיה אחרת בעיכול			
בקעים (הרניה)			
בעיות בכיס מרה			
בעיות בכליות או בשלפוחית שתן			
קוצר נשימה			
בעיה בדיבור			
שימוש יתר בתרופות, משקאות חריפים, סמים			
הרכבת משקפיים בעבר או בהווה			
הרכבת עדשות מגע בעבר או בהווה			
ניתוח או מחלה או חבלה בעין			
עיוורון בעין אחת			
עיוורון בשתי עיניים או תעודת עיוור			
בעיות שמיעה או הרכבת מכשיר שמיעה			
המצאות בתקופת התאוששות מניתוח או הריון?			
המצאות בהשגחה רפואית קבועה?			
אשפוז בב"ח בחמש שנים אחרונות			
מחלות ניווניות - אחר			

מצורף "סיכום מידע רפואי" מטעם הרופא המטפל מצורפות בדיקות עזר

מקום _____ תאריך _____ חתימה _____

6

מידע רפואי נוסף (למילוי ע"י רופא שירות המדינה ולפי שיקול דעתו)

תוצאות הבדיקה שנרשה	הבדיקה שנדרשה

7

מסקנת רופא שירות המדינה

- כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה
- לא כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה
- חייב בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
- כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למסלול פנסיה תקציבית)

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

תאריך _____ שם רופא שירות המדינה _____ חתימת הרופא _____

8

מסקנת ועדת ערר (אם הוגש ערעור)

- כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה
- לא כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה
- חייב בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
- כשיר מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למסלול פנסיה תקציבית)

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

מס' סודר	תאריך	שם רופא הועדה	חתימה
1			
2			
3			



כ"ו שבט תשפ"א
08 פברואר 2021

שלום רב,

הנדון: איסור על עובד להימצא בניגוד עניינים

בהתאם לפרק משנה 13.6 לתקשי"ר, עובד ציבור לא יהיה מעורב במישרין או בעקיפין בטיפול בעניין שבו הוא עלול להימצא במצב של ניגוד עניינים או אף חשש לניגוד עניינים.

ניגוד עניינים הוא מצב שבו יש לעובד התנגשות או חשש להתנגשות בין אינטרס אישי שלו או של אדם קרוב אליו לבין התפקיד הציבורי שאותו הוא אמור למלא. אם התנגשות זו או כאמור החשש להתנגשות עלולים להשפיע על שיקול דעתו, הוא מצוי בניגוד עניינים ועליו להימנע מליטול חלק באותה החלטה ומלטפל באותו עניין - **מצ"ב דף מידע בנושא**.

הסדר למניעת ניגוד עניינים הוא מסמך התחייבות של העובד שבו הוא מצהיר על ענייניו האישיים שעשויים להיות קשורים לתפקידו ועל הצעדים שהוא ינקוט בכדי למנוע את ניגוד העניינים או החשש לניגוד העניינים. ככל שהנך נמצא במצב של ניגוד עניינים/חשש לניגוד עניינים או עומד להיכנס למצב שכזה, עליך לדווח במידי למשאבי אנוש באמצעות מילוי שאלון לאיתור חשש לניגוד עניינים **המצ"ב** לבחינת הצורך בהסדר ניגוד עניינים, ולדווח על כך ליועץ המשפטי של המשרד.

בברכה,

אגף משאבי אנוש



המוסד לביטוח לאומי

ניגוד עניינים - דף מידע לעובדים במוסד לביטוח לאומי

למי מיועד דף זה? לכל עובד במוסד לביטוח לאומי שמילוי תפקידו כרוך בהפעלת שיקול דעת.

מהו ניגוד עניינים? מצב שבו יש לעובד התנגשות בין אינטרס אישי, שלו או של אדם קרוב אליו, לבין התפקיד הציבורי שאותו הוא אמור למלא. אם ההתנגשות עלולה להשפיע על שיקול הדעת שלו - הוא מצוי בניגוד עניינים, ועליו להימנע מליטול חלק באותה החלטה ומלטפל באותו עניין. הכלל הוא מניעתי וצופה פני עתיד: אין משמעות לשאלה האם התקבלה בפועל החלטה המשרתת את האינטרס האישי, ודי בכך שישנו אינטרס אישי שעלול להשפיע על העובד.

איך מחליטים אם יש ניגוד עניינים? לפי הפסיקה, לא מדובר בעניין של תחושה אישית, אלא בעניין אובייקטיבי - האם ישנו חשש סביר לכך ששיקול הדעת יושפע. ישנו משקל מסוים גם לנראות של הדברים. מדובר בשאלה משפטית, ויש לקבל עליה תשובה מהיועץ המשפטי.

מהן ההשלכות של פעולה בניגוד עניינים?

- **השלכות מינהליות** - בנסיבות מסוימות, החלטה שהתקבלה תוך ניגוד עניינים של אחד הגורמים המעורבים תיחשב פסולה והיא עלולה להיות מבוטלת, כולה או חלקה.
- **השלכות משמעתיות ופליליות** - במקרים מסוימים, אם העובד הסתיר מידע רלוונטי, אם העובד הפיק מההחלטה רווח אישי לטובתו או לטובת קרובו, או אם היו לאיסור על ניגוד עניינים היבטים מחמירים אחרים - העובד חשוף לנקיטת צעדים משמעתיים נגדו, ובמקרים חמורים במיוחד אף לאישום פלילי.
- **השלכות ציבוריות** - עובד ציבור שקיבל החלטה תוך ניגוד עניינים עלול להימצא במבוכה אם הדברים יתפרסמו, גם אם לא היה מודע לנסיבות שהובילו לכך. גם היחידה שבה מועסק העובד וגם המשרד הממשלתי חשופים לביקורת ציבורית במקרים כאלו.

מהו הסדר למניעת ניגוד עניינים? הסדר למניעת ניגוד עניינים הוא מסמך התחייבות של העובד שבו מצהיר העובד על העניינים האישיים שיש לו, שעשויים להיות קשורים לתפקיד, ועל הצעדים שהוא ינקוט בכדי למנוע את ניגוד העניינים. בדרך כלל, העובד יתחייב להימנע מלטפל בעניינים הנוגעים לקרובי משפחתו, לחברים קרובים שיש להם זיקה למקום עבודתו ולגופים שיש לו קשר אישי אליהם. לעיתים יכלול ההסדר פירוט לגבי הגורמים שהוא קשור אליהם (כגון, רשימת לקוחות של בן משפחה).

מי חייב לערוך הסדר ניגוד עניינים? ככלל, עובדים שדרגת השיא במתח הדרגות של תקן המשרה שלהם היא אחת משלוש הדרגות הגבוהות בסולם הדירוג, וסוגי עובדים נוספים כמפורט בפסקה 13.621 בתקשייר - אינם רשאים להיכנס לתפקיד לפני שיפעלו בהתאם לנוהל לעריכת הסדר ניגוד עניינים הקבוע בתקשייר. עובדים אלו צריכים למלא שאלון לאיתור חשש לניגוד עניינים, וככל שהיועץ המשפטי מוצא שיש חשש לניגוד עניינים - ייערך להם הסדר.

במקרים אחרים, ייערך הסדר ניגוד עניינים גם לעובדים נוספים ולבעלי תפקידים אחרים, ככל שיתברר שעשוי להיות מצב של ניגוד עניינים בין אינטרס אישי שלהם לבין תפקידם.

מדוע מועמד צריך למסור מידע אישי שלו ועל קרובי משפחתו? הסדר ניגוד עניינים מתייחס לעניינים האישיים של העובד. גם אם מסירת המידע האישי כרוכה לעיתים באי נוחות מסוימת, היא רלוונטית לצורך קבלת החלטה על קיומו של ניגוד עניינים ועל הצעדים שיש לנקוט. יש לזכור כי גם מידע הנוגע לקרוביך, ומידע שאינך מתמצא בו באופן מדויק, עשוי להתפס כמידע רלוונטי, אם הוא נוגע לתפקידך. **הזהירות במצבים אלו עדיפה**, וניתן לסמוך על היועץ המשפטי לצורך מתן שירות דיסקרטי במקרי הצורך.

האם קיים הכרח למסור מידע מקום בו המועמד חש קושי במסירת המידע? עובד נורמטיבי ורציונלי נוטה לסבור שהוא יכול לפעול באופן אובייקטיבי ונטול פניות. מחקרים מעידים כי כאשר ישנם שיקולים אישיים, הם עלולים להטות את שיקול הדעת של העובד, וכי **התפיסה של העובד את עצמו כאדם נורמטיבי ואובייקטיבי, מקשה עליו לזהות את ההשפעות שיש לכך עליו**. הפרספקטיבה החיצונית של היועץ המשפטי היא חשובה על מנת לנטרל את ההטיה האישית ולבחון באופן נטול פניות אילו השפעות עלולות להיות על עובד בנסיבות כאלו. לצד זאת, יש לתת את הדעת גם לכך שחלק מההנחיות הן אחידות ונקבעו באופן רוחבי ביחס לכל עובדי המדינה, לטוב ולרע. בכל מקרה, אם הסדר ניגוד העניינים שנקבע מעורר קשיים, **חשוב ללבן את הדברים במשותף עם היועץ המשפטי**.

אישור

אני (שם משפחה _____ שם פרטי _____) מאשר בחתימתי כי קראתי דף מידע זה והבנתי את תוכנו.

חתימה

_____/_____/_____
תאריך

ההנחיות בנושא ניגודי עניינים - נועדו להגן גם עליך.

בכל שאלה ובכל מקרה של ספק - פנה אל היועץ המשפטי של המשרד.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל משאבי אנוש
אגף משאבי אנוש

**שאלון לאיתור חשש
לניגוד עניינים - מקוצר**

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="width: 10%;"> <p>פיצול</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div>	<p>חותמת קבלה</p>
---	--------------------------

המידע והפרטים הנמסרים בשאלון זה, בקשר לאדם, לקרוביו ולמקורביו, נמסרים מידע אישי. במקרה בו הפרטים אינם ידועים במלואם או בחלקם או אינם ידועים מידע אישי, יש לציין במפורש כי ההצהרה היא למיטב הידיעה.

חלק א' – ימולא ע"י המשרד

פרטי המועמד

1

שם משפחה	שם פרטי	שם קודם (אם שונה)	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מספר עובד בסאפ	מועמד לתפקיד	בסניף/ מינהל
שנה חודש יום			

2

תפקידים ועיסוקים/ תפקידים ציבוריים/חברות בדירקטוריונים או בגופים מקבילים

פירוט תפקידים ועיסוקים נוכחיים וקודמים בארבע השנים האחרונות (לרבות כשכיר, עצמאי, נושא משרה בתאגיד, קבלן, יועץ, וכד').
יש להתייחס לתפקידים בתאגיד מכל סוג (חברה או שותפות, עמותה וכד') וכן לתפקידים בשכר או בהתנדבות (ציין במפורש לגבי תפקידים בהתנדבות).
יש לפרט חברות בדירקטוריונים או בגופים מקבילים של תאגידים, רשויות או גופים אחרים, ציבוריים ושאינם ציבוריים.
הערה: - דירקטור חיצוני או מטעם בעלי המניות - עליך לפרט שמות בעלי המניות אשר מינו אותך.
- עליך לציין האם היית חבר בוועדות או תפקידים אחרים בדירקטוריון.

אין חובה להתייחס לתפקיד התנדבותי שאינו קשור, במישרין או בעקיפין, לתפקיד אליו אתה מועמד או לתחומי פעילות המשרד.

שם מעסיק/מקום עבודה	כתובת מקום העבודה	טלפון נייד / פקס	1.
תחומי הפעילות של המעסיק	תפקיד ותחומי אחריות	מתאריך עד תאריך	
שם מעסיק/מקום עבודה	כתובת מקום העבודה	טלפון נייד / פקס	2.
תחומי הפעילות של המעסיק	תפקיד ותחומי אחריות	מתאריך עד תאריך	
שם מעסיק/מקום עבודה	כתובת מקום העבודה	טלפון נייד / פקס	3.
תחומי הפעילות של המעסיק	תפקיד ותחומי אחריות	מתאריך עד תאריך	

3

קשר לפעילות המשרד

האם יש או היו לך או לגוף שאתה בעל עניין בו זיקה או קשר, **שלא כאזרח המקבל שירות**, לפעילות המשרד בו אתה מועמד לעבוד או לגופים הקשורים אליו (ובכלל זה זיקה או קשר לתאגידים סטוטוריים שבאחריות המשרד בו אתה מועמד לעבוד או לגופים אחרים שהמשרד קשור אליהם)?

יש להתייחס לזיקות וקשרים נוכחיים ולזיקות וקשרים בארבע השנים האחרונות ולציין כל זיקה או קשר באופן מפורט.

"בעל עניין" בגוף – לרבות מי שיש לו אחזקות בגוף או מכהן כדירקטור או בגופים מקבילים בו או עובד בו או מייצג אותו או יועץ חיצוני לו (אין צורך לפרט אחזקה שלא כבעל עניין בתאגיד כמשמעותו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח – 1969, בתאגידים הנסחרים בבורסה (חוק ניירות ערך תשכ"ח – 1968).

לא כן, פרט _____

4

נכסים שאחזקתם, מכירתם או שימוש בהם עשויים להעמיד אותך במצב של חשש לניגוד עניינים

האם קיימים נכסים בבעלותך או בבעלות קרוביך, שאחזקתם, מכירתם או שימוש בהם יעמידו אותך במצב של חשש לניגוד עניינים בתפקיד אליו אתה מועמד?

יש להתייחס לנכסים שלך, של קרוביך, של מקורביך (בכלל זה חברים ושותפים עסקיים), של גופים בהם אתה בעל עניין ושל גופים בהם קרוביך או מקורביך בעלי עניין בהם.

"בעל עניין" בגוף – לרבות מי שיש לו אחזקות בגוף או זכויות הצבעה בו, במישרין או בעקיפין, או מכהן כדירקטוריון או בגופים מקבילים בו או עובד או מייצג אותו או יועץ חיצוני לו.

"קרוב" – בן זוג, הורה, צאצא ומי שסמוך על שולחןך.

לא כן, פרט _____

5

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי:

- כל המידע והפרטים שמסרתי בשאלון זה, בקשר לעצמי, לקרובי ולמקורבי, הם מלאים, נכונים ואמיתים.
- מעבר לפרטים שמסרתי בשאלון זה, לא ידוע לי על כל עניין אחר שיכול לגרום לי להימצא במצב של חשש לניגוד עניינים עם התפקיד.
- אני מתחייב להימנע מלטפל בכל עניין שיכול לגרום לי להימצא במצב של חשש לניגוד עניינים במילוי התפקיד, עד לקבלת הנחיותיו של היועץ המשפטי של המשרד בנושא.
- אני מתחייב כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותיי בשאלון זה או יתעוררו במהלך הדברים הרגיל, סוגיות שלא נצפו מראש, שיכולות להעמיד אותי במצב של חשש לניגוד עניינים, אתייעץ ביועץ המשפטי במשרד, אמסור לו את המידע הרלוונטי בכתב ואפעל לפי הנחיותיו.
- הובהר לי כי ההסדר למניעת ניגוד עניינים שיערך לי, במידת הצורך, יחול חוק חופש המידע, התשנ"ח – 1998.
- אני מצהיר כי קראתי את חוק שירות הציבור (הגבלות לאחר פרישה), התשכ"ט – 1969, הבנתי את תוכנו ואני מתחייב לפעול לפי חוות דעת נציבות שירות המדינה ומשרד המשפטים, בכל הקשור לפירושן של הוראות החוק הנ"ל ויישומן.

מס' תעודת זהות _____

x

חתימה

שם _____

תאריך _____



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-1 - שכר פנסיוני [יסוד משולב + תוספות]

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אל: משרד / ביה"ח:

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

תבוסחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:

יש לבחור (הקף בעיגול ומחק את המיותר): קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל

שיעורי הפרשות

פרטי הקופה	שם קרן הפנסיה, חברת הביטוח, קופת הגמל	מס' קופה במלם	מס' קופה בשוק ההון

תגמולי עובד/ת	פיצויים	תגמולי מעסיק	בגין <input type="text"/> מהשכר הקובע*
% <input type="text"/> לתגמולי עובד	% <input type="text"/> לפיצויים [בביטוח מנהלים באישור נש"מ בלבד ניתן לדווח 8.33%] *** הפרשות לצו הרחבה: פיצויים 6%	% <input type="text"/> לתגמולים + % <input type="text"/> א.כ.ע.** [% לתגמולים + % א.כ.ע = 7.5%] תגמולי מעסיק לא יפחתו מ- 5% *** הפרשות לצו הרחבה: תגמולי מעסיק 6.5%	במידה ואין פיצול יש למלא "בגין 100% מהשכר הקובע"
* ניתן לפצל הפרשות לפי אחוז או סכום מהשכר הקובע, ככל שהעובד בחר בפיצול יש למלא טופס נוסף להשלמת הפיצול עד ל-100%.			
** א.כ.ע – דיווח א.כ.ע ניתן רק במידה והעובד בחר בביטוח מנהלים.			
*** צו הרחבה – לעובדים המשובצים בדירוגים הזכאים להפרשות לחיסכון פנסיוני בהתאם לצו ההרחבה.			

מוסכם בין הצדדים כי ההסדר בנספח זה מהווה, בהתאם לסעיף 1(א) ו-1(ב) לצו שר התעשייה המסחר והתעסוקה ועל-פי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963, שפורסם בלוקט הפרסומים התשנ"ח בע"מ 4395 פטור לממשלה כמעסיק מ-72% של פיצויי הפיטורין אם יגיעו לעובד/ת בגין % מהשכר הקובע. הממשלה מוותרת מראש על כל זכות שיכולה להיות לה להחזיר כספים מתוך תשלומיה לפי האמור לעיל, אלא אם משך/ה העובד/ת כספים שלא בשל אירוע מזכה לעניין נספח זה. [אירוע מזכה"- פטירה, נכות, פרישה מגיל 60].
הצהרת העובד: העובד מצהיר כי חלק מהפקדות המעביד מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי, כי בפוליסה על שמי המבוטסת על הפרשות משכר עבודה נוספת או החזר הוצאות (להלן - "רכיבי שכר שאינם קבועים"), לא יהיו הכיסויים הביטוחיים בתוקף בחודש בו לא שולמו דמי הביטוח, עקב אי זכאות להפקדות בגין "רכיבי שכר שאינם קבועים".

אישור העובד/ת	
כתובת	מס' טלפון נייד
כתובת דוא"ל	תאריך
	חתימת העובד/ת

אישור הצטרפות של קרן הפנסיה / ביטוח מנהלים / קופת הגמל	
שם איש קשר	חובה לצרף אישור הצטרפות של קרן הפנסיה או קופת הגמל בה בחר העובד/ת, בטרם חתימת המעסיק.
טלפון	
כתובת	לא נדרש אישור הצטרפות לעובד/ת שבחר/ה באחת מקרנות ברירת המחל: מיטב-דש או הלמן אלדובי
כתובת דוא"ל	
תאריך	
חתימה וחותמת	

אישור המעסיק			
משרד / יחידה	מס' טלפון	מס' פקס	כתובת
כתובת דוא"ל	תאריך	חתימה וחותמת (מנהל משאבי אנוש)	



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-2 - שכר עבודה נוספת [שעות נוספות, כונויות, משמרות וכו']

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אל: / משרד / ביה"ח:

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

תבוסתנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:

יש לבחור (הקף בעיגול ומחק את המיותר): קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל

שיעורי הפרשות - בגין שכר עבודה נוספת

פרטי הקופה	שם קרן הפנסיה/ חברת הביטוח/ קופת הגמל			מס' קופה במלם	מס' קופה בשוק ההון

תגמולי מעסיק	פיצויים	תגמולי עובד/ת
$\% \text{ לתגמולים} + \% \text{ א.כ.ע}^*$ [לתגמולים + % א.כ.ע = 7.5%] תגמולי מעסיק לא יפחתו מ - 5% ** הפרשות לצו הרחבה: תגמולי מעסיק 6.5%	$\% \text{ לפיצויים}$ ** הפרשות לצו הרחבה: פיצויים 6%	$\% \text{ לתגמולי עובד}$ תגמולי עובד – 7%, למעט הפרשות לצו הרחבה:** בין 6% - 7%
* א.כ.ע – דיווח א.כ.ע ניתן רק במידה והעובד בחר בביטוח מנהלים. ** צו הרחבה – לעובדים המשובצים בדירוגים הזכאים להפרשות לחיסכון פנסיוני בהתאם לצו ההרחבה.		

אישור העובד/ת	
כתובת	מס' טלפון נייד
כתובת דוא"ל	תאריך
	חתימת העובד/ת

אישור הצטרפות של קרן הפנסיה / ביטוח מנהלים / קופת הגמל	
חובה לצרף אישור הצטרפות של קרן הפנסיה או קופת הגמל בה בחר העובד/ת, בטרם חתימת המעסיק.	לא נדרש אישור הצטרפות לעובד/ת שבחר/ה באחת מקרנות ברירת המחל: מיטב-דש או הלמן אלדובי
שם איש קשר	אישור חברת הביטוח [ביטוח מנהלים]
טלפון	
כתובת	
כתובת דוא"ל	
תאריך	
חתימה וחותמת	

אישור המעסיק			
משרד / יחידה	מס' טלפון	מס' פקס	כתובת
כתובת דוא"ל	תאריך	חתימה וחותמת (מנהל משאבי אנוש)	